

問診票

氏名 _____

○ 今日はどうされましたか？

いつから・どのような症状ですか？ _____

○ 今迄に薬でアレルギーを起したことはありますか？

はい・いいえ

「はい」の方にお伺いします

どんなお薬でしたか？ _____

○ 現在、治療を受けていますか？

はい・いいえ

「はい」の方にお伺いします（妊娠中の方は週数も記載して下さい）

科名 _____ 病名 _____

○ 以前、病気を指摘されたり、治療を受けられたことはありますか？

はい・いいえ（「いいえ」の方はこれで終了です）

「はい」の方にお伺いします

1) 何科ですか？：内科・外科・眼科・その他 _____

病名は何でしたか？（わかる範囲で結構です）

2) 眼科以外で過去に治療を受けた方

高血圧・糖尿病・高脂血症・心疾患

その他 _____

3) 眼科で過去に治療を受けた方

白内障・緑内障・結膜炎・眼底疾患・コンタクトレンズ関連

その他（詳しい病名がわかれば記載して下さい）

○ 領収書とは別に明細書の発行を希望されますか はい ・ いいえ